

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

280

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1906, à 1 heure

PAR

Alexis MISSET

Ancien Externe des Hôpitaux

CONSIDÉRATIONS RELATIVES

A

L'Hypertrophie de la Prostate

ET A LA

PROSTATECTOMIE

Président : M. GUYON, *professeur*

Juges } MM. BERGER, *professeur*
MARION, *agrégé*
AUVRAY, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHER.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTHER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		GILBERT.
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM
		DIEULAFOY.
		DEBOVE
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMLIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A ANDRÉ REYNAUD

Dessinateur

CONSIDÉRATIONS RELATIVES

A

L'Hypertrophie de la Prostate

ET A LA

PROSTATECTOMIE

INTRODUCTION

La fréquence de l'hypertrophie de la prostate, la gravité des troubles qu'elle crée, l'insuffisance des moyens médicaux destinés à les combattre, ont ouvert un nouveau champ à la chirurgie urinaire : la prostatectomie.

Née il y a une quinzaine d'années seulement, cette opération compte un certain nombre de pro-

cédés qui découlent dans leurs lignes générales, de trois méthodes :

La méthode périnéale ;

La méthode hypogastrique ;

La méthode combinée.

Une lutte s'est engagée récemment entre la voie haute et la voie inférieure. Cette dernière, moins brillante, tend à disparaître, ses défenseurs se font rares. Et pourtant, les deux techniques ont des qualités, et si la plus nouvelle a pour elle quelques avantages, toutes deux méritent d'être conservées parce que chacune répond à des indications spéciales.

Ces quelques pages, écrites à la Clinique Necker, seront le reflet de l'enseignement de M. le professeur Guyon, le résumé des leçons faites au lit du malade à propos des opérations pratiquées par M. Cathelin. Il nous a paru indispensable de faire entendre la voix du maître : nous regrettons simplement que personne, parmi de plus autorisés, n'ait songé à l'entreprendre.

CHAPITRE I

Anatomie normale

Rapports des sphincters avec la prostate

Laissant de côté l'étude de la loge prostatique qu'on trouve dans tous les traités classiques, nous nous proposons simplement d'exposer, ou plutôt de schématiser quelques détails un peu négligés d'anatomie normale et pathologique qu'il importe à l'opérateur de connaître.

L'urètre, quittant la vessie, plonge dans la prostate qu'il parcourt de la base à la pointe (1). Il est accompagné par le sphincter lisse, émané des fibres annulaires vésicales. Entre lui et cet étui, qui se perd en s'amincissant graduellement de haut en bas, on distingue au microscope une mince aréole de glandes, les glandes para-urétrales.

Plus bas, dans la région où il quitte les masses glandulaires, où, d'urètre prostatique, il devient

1. Planche I.

urètre membraneux, il s'insinue de nouveau dans un manchon musculaire, *aux fibres striées*, cette fois, le sphincter externe. Ce muscle n'est pas borné à la région membraneuse. De même que le sphincter lisse, dépassant les limites du col vésical, descend le long du canal, et prend contact de façon intime avec la glande, de même le sphincter strié remonte vers elle. Cependant leurs rapports diffèrent essentiellement : le premier la pénètre, le second l'entoure ; en haut, elle environne le premier, en bas elle repose dans l'entonnoir offert par les anses élargies du second. Dans une heureuse formule, Testut (1) a fixé la physionomie du sphincter externe. « Un peu plus haut que le bec, l'anneau sphinctérien, comme s'il ne pouvait s'adapter aux dimensions graduellement croissantes de la prostate, se brise sur les côtés. » A partir de ce moment il se trouve divisé en deux demi-anneaux : l'un postérieur s'étend en arrière de la prostate et disparaît rapidement, l'autre antérieur. Celui-ci se poursuit sans interruption jusqu'au col vésical. De sa face postérieure, tout le long de la ligne médiane, se détachent des fibres qui se dirigent en arrière pour se fondre dans une nappe conjunctivo-musculaire émanée à la fois de la capsule et du sphincter lisse, cloison tendue jusqu'à la paroi même de l'urètre, et qui divise la glande dans toute

1. Testut. *Traité d'anatomie topographique*, p. 413.

PLANCHE I

COUPE VERTICALE

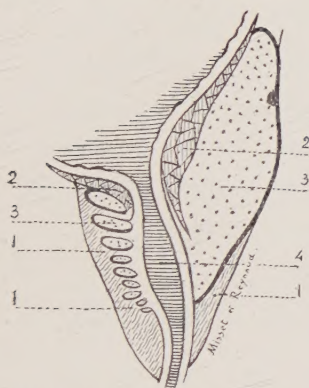


Fig. 1. 1 sphincter strié. 2 sphincter lisse. 3 tissu glandulaire. 4 urèthre prostatique.

COUPE TRANSVERSALE. Partie Sup^{re}

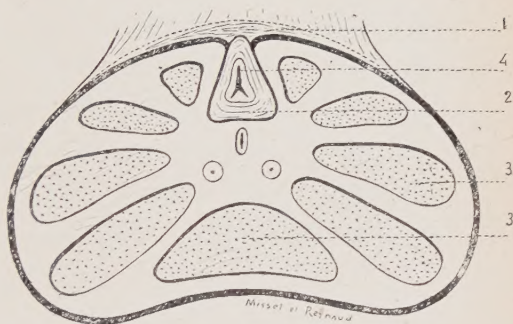


Fig. 2. 1. Sphincter strié. 2. Sphincter lisse. 3. Tissu glandulaire. 4. Urèthre.

COUPE TRANSVERSALE. Partie Inf^{re}

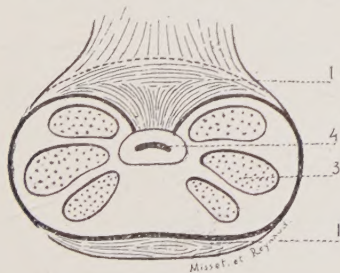


Fig. 3. 1. Sphincter strié. 3. Tissu glandulaire. 4. Urèthre.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0116

sa hauteur. Si on remarque que par son autre face cette commissure donne attache aux tendons pubo-vésicaux et aux gaines vasculaires du plexus préprostatique, que ces éléments résistants s'insèrent les uns et les autres énergiquement au pubis, on comprendra par quelle étroite solidarité et la glande et l'urètre sont rivés en avant au squelette pelvien. Aucune des modifications morbides, si heureuses souvent pour le chirurgien, n'arrivera à dissocier un feutrage de cette solidité : de là vient la véritable difficulté de l'énucléation digitale.

Masses glandulaires. — Vue d'ensemble.

Ambroise Paré et les anciens auteurs disaient « les prostates ». Ils étaient dans le vrai. Comme le corps thyroïde, la prostate est un organe bilobé dont les deux moitiés sont unies par un isthme glandulaire. Ici, le trait d'union passe en arrière, accolé à l'urètre dans l'étroit espace que limitent en haut le col vésical, en bas le verumontanum ; il loge l'utricule prostatique et les conduits éjaculateurs enveloppés dans un appareil ligamenteux entremêlé de fibres musculaires, qui part du verumontanum pour suivre une direction oblique en haut et en arrière. C'est cette région commissurale qu'on a pris l'habitude de désigner sous le nom de lobe moyen sans y être autorisé

par la moindre vraisemblance ; la présence d'un lobe moyen n'est jamais que le résultat d'un travail pathologique.

L'urètre s'adosse à la commissure postérieure. A droite et à gauche, il tapisse chacune des masses latérales qui le débordent un peu en avant, laissant entre elles un fossé comblé par la haie fibro-musculaire que nous avons décrite précédemment. A mesure que les coupes examinées se rapprochent de l'extrémité inférieure de la glande, la brèche antérieure se creuse. En arrière, en descendant également, dès qu'on a dépassé le *verumontanum*, on ne trouve plus de culs-de-sac. Depuis cette limite supérieure jusqu'à la région membraneuse en bas, aucun conduit ne vient s'ouvrir à travers la muqueuse urétrale. Il en résulte que la connexion entre la prostate et l'urètre cesse d'être intime, que les parties voisines sont simplement au contact l'une de l'autre. Retenons cette particularité, elle nous explique pourquoi, au cours de la prostatectomie sus-pubienne, la portion inférieure de l'urètre est respectée.

Trajets vasculaires

Entre l'indifférence de bien des chirurgiens et les savantes dissections des anatomistes il y a place

pour une esquisse simplifiée mais utile. Ce paragraphe n'a pas l'ambition d'être un chapitre d'angéiologie descriptive, cependant on y trouvera une topographie suffisante des routes sanguines, d'un accès toujours dangereux. Nous nous sommes inspiré de l'étude si claire de Proust (1), contenue dans son bel ouvrage sur la prostatectomie, où il a repris les recherches de Cerf, de Ziegler (2) et de Farabeuf.

Il est regrettable qu'il n'ait pas assez insisté sur les connexions des vaisseaux dont il a si bien indiqué la situation. Elles sont d'ailleurs fort simples.

Dans l'espace rétro-symphysaire se loge un confluent veineux de forme quadrilatère. Ses côtés latéraux sont obliques de bas en haut et d'avant en arrière; leurs extrémités sont unies par le troisième côté au voisinage de la base de la prostate, sur sa face antérieure, et le dernier côté, en bas est en rapport avec le ligament sous-symphysaire.

Des angles supérieurs partent les veines latérovésico-prostatiques, des inférieurs les honteuses internes dont la courbe s'accole à la face interne des pubis. On peut considérer ce cadre comme un système anastomotique unissant par ses côtés horizon-

1. Proust. *La prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate*, page 182 et suivantes.

2. Ziegler. *Thèse de Bordeaux*, 1894.

taux des vaisseaux de même étage, par ses côtés obliques des vaisseaux d'étage différent.

En effet, les veines latéro-vésico-prostatiques qui appartiennent à l'étage pelvien communiquent par le canal horizontal supérieur; les honteuses internes, qui cheminent dans l'étage périnéal communiquent par l'horizontal inférieur, les latéro-vésico-prostatiques droites et gauches avec les honteuses internes correspondantes par les canaux obliques droit et gauche. Ces voies de décharge sont très larges.

Ce plexus forme un premier plan profond. Un second un peu plus superficiel, mais dont l'étendue est mesurée par les limites mêmes du précédent est constitué par une série de voies à peu près parallèles entre elles; si bien qu'en regardant les deux plans superposés, leur ensemble donne l'impression d'une grille dont le cadre répond au rectangle déjà décrit avec des barreaux allant du côté supérieur à l'inférieur. La solidarité des deux systèmes est assurée surtout aux angles.

Du système superficiel se dégage en haut le tronc des vésicales antérieures, bientôt bifurqué, la graisseuse en bas la dorsale de la verge

Quelques mots maintenant sur la direction des vaisseaux après leur départ.

Les veines latéro-vésico-prostatiques, gros rameaux flexueux au nombre de trois ou quatre, montent sans s'éloigner les unes des autres aux confins de la vessie

PLANCHE II

PARTIE SUPÉRIEURE

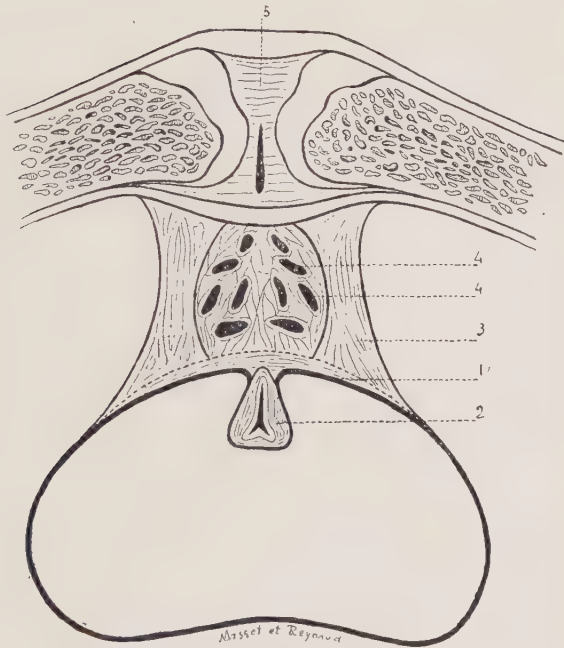


FIG. 4. 1. Sphincter strié - 2. Sphincter lisse
3. Tendons pubo-vésicaux - 4. Plexus veineux
5. Symphyse pubienne.

PARTIE INFÉRIEURE

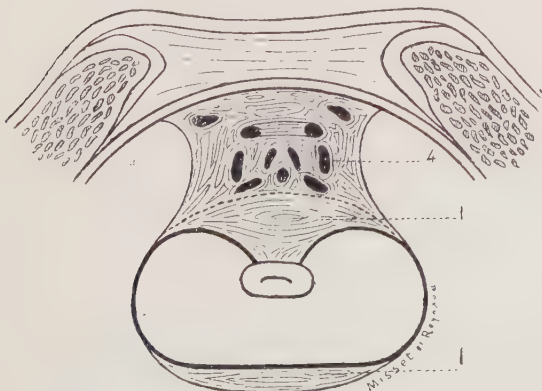


FIG. 5. 1. Sphincter strié
4. Plexus veineux

et de la base de la prostate. Elles ne couvrent que la partie antérieure des faces latérales de la glande et n'atteignent pas sa face postérieure. Elles reçoivent le sang noir de la prostate dans la première partie de leur trajet.

Le tronc des vésicales antérieures d'abord vertical se divise en une fourche dont les deux branches le plus souvent s'infléchissent sur le globe urinaire et se mêlent au groupe précédent.

La graisseuse et ses ramifications s'élèvent dans l'espace prévésical et vont se perdre vers l'ombilic.

Il nous reste à décrire un dernier trajet veineux tributaire lui aussi du plexus quadrilatère, qu'il aborde tout près de la honteuse interne, et qui aboutit de l'autre côté à l'hémorroïdale moyenne. Il est en contact avec le sommet de la glande où il plonge quelques racines et il suit très bas la face interne des releveurs de l'anus jusqu'au rectum.

Connexions.

Au sujet des connexions, il suffit de savoir que le chaton veineux quadrangulaire est compris dans l'étroit espace que limitent de chaque côté les tendons pubo-vésicaux et englobés dans la gangue conjonctive qui est le trait d'union entre la symphyse et la face antérieure de l'urètre. Nous l'avons dit et

nous nous plaisons à le répéter. Au reste c'est la seule idée originale de cette thèse. Quant aux vaisseaux latéraux, ils peuvent être respectés en raison de la protection que leur offre la lame aponévrotique de dédoublement de la loge.

CHAPITRE II

Anatomie microscopique et pathologique

Albarran (1) a magistralement décrit la structure de la glande normale. En voici les grands traits :

Examinons une coupe pratiquée perpendiculairement à l'urètre, au voisinage de la vessie, c'est-à-dire dans cette région qu'on peut considérer comme le centre anatomique de l'organe. C'est là, en effet, que se trouvent tous les éléments dont la physionomie sera modifiée directement ou non par l'évolution de la maladie. De la périphérie au centre nous rencontrons la capsule, puis un large croissant de tissu glandulaire ouvert en avant ; il embrasse dans sa concavité un cercle de glandes dont le séparent parfois

1. Albarran. « Maladies de la prostate », in *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, p. 526.

nettement les anses musculaires du sphincter lisse. Dans l'aire de ce cercle, que traverse jusqu'à l'urètre un pont fibreux venu de la commissure antérieure, on voit la coupe de l'urètre, fente étroite en accent circonflexe à sinus tourné en arrière. Il existe donc un groupe éloigné du canal, un autre immédiatement en rapport avec lui. Le groupe central offre à considérer deux formations au niveau du col vésical : ce sont directement sous la muqueuse les glandes sous-cervicales, et séparées des premières par les muscles du col, les glandes préspermatiques. En un de ces deux points germera le lobe médian.

En résumé la prostate possède deux ordres d'éléments glandulaires : l'un externe, l'autre interne dont la valeur réciproque varie en raison inverse. Celle du premier, physiologique, passe au second plan dès le moment que le second affirme la sienne, pathologique. Pendant la phase d'activité génitale régulière, la partie périphérique ; à qui est dévolu le rôle sécrétoire primordial l'emporte en épaisseur ; mais lorsque avec la sénilité apparaissent la sclérose et les néoformations cellulaires, la zone centrale s'accroît, étend ses limites, repousse les tissus qui l'enserrent, les amincit, les lamine : c'est ainsi que le croissant qui représentait à lui seul presque la glande entière est réduit peu à peu. Il figure alors une simple coque que bien des chirurgiens prennent encore pour la capsule.

PLANCHE III

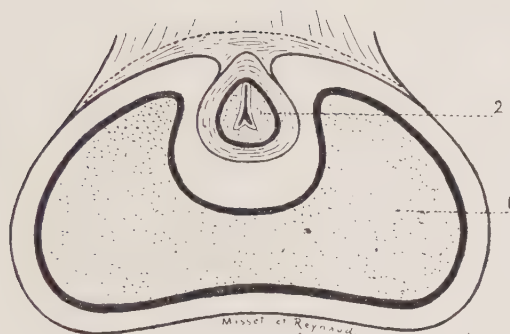


FIG. 1. Prostate proprement dite.
2. Glandes péri-urétrales.

DEVELOPPEMENT DE LA TUMEUR

La prostate vraie est refoulée

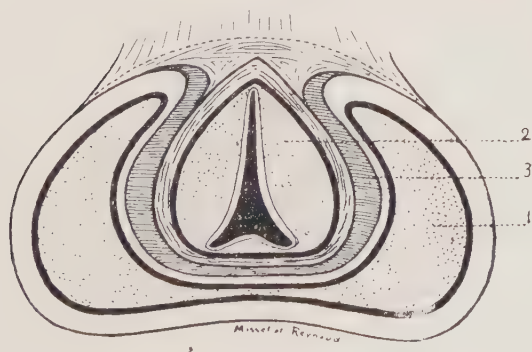


FIG. 1. Prostate proprement dite.
2. Glandes péri-urétrales en voie d'hypertrophie.
3. Plan de clivage.

Sur la surface de tranche d'une prostate hypertrophiée, on voit, au sein de la zone centrale, se hernier de petites masses lobulées qui parfois s'énucléent spontanément. Semblable incident, ainsi que le raconte Fergusson, est souvent arrivé au cours de tailles prostatiques. Ces formations, ou corps sphéroïdes, réunies, agglomérées dans des loges fournies par un stroma souvent exubérant, se tassent et offrent l'aspect d'amas arrondis d'une teinte gris jaunâtre plus ou moins foncée, gros comme un pois ou une noisette, dont la tendance, dit Forgeue (1), est de faire issue hors du parenchyme ambiant. Launois (2) recherchant leur signification histologique a cru pouvoir rapprocher leur architecture de celle de la glande normale ; de même que, à la puberté, d'importantes travées conjonctivo-musculaires se développent et viennent découper la glande en segments radiés, (3) de même, à un âge plus avancé, elles pourraient exagérer ce mouvement, se multiplier, et perdant leur finesse et la symétrie de leur disposition, s'anastomoser, créant des poches nouvelles, gonflés par des acini hyperplasiques. Après ce que nous avons dit plus haut on comprend que, si, à nos yeux

1. Forgeue. *In Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, page 1022.

2. Launois. *De l'appareil urinaire des vieillards*. Thèse de Paris, 1885.

3. Planche I, figure 3.

cette hypothèse, séduisante et facile, a l'indéniable mérite de préciser la nature des éléments constitutifs de la néoplasie, tissu glandulaire d'une part, tissu fibro-conjonctif de l'autre en proportions variables, elle devient contestable lorsqu'elle préjuge de leur origine. Dans la majorité des cas, aucune tumeur ne dérive de ces cloisons qui se dirigent en convergeant de la capsule à la zone urétrale, ni des compartiments de parenchyme qu'elles séparent. A la théorie de l'éminent histologiste, nous opposons les conclusions de Motz et de Perearnau (1) :

« L'hypertrophie de la prostate se produit seulement aux dépens des glandes centrales para-urétrales et du stroma qui les entoure. La prostate proprement dite ne prend aucune part à la formation des masses néoplasiques, elle subit seulement une atrophie plus ou moins prononcée. »

Voilà, au point de vue chirurgical, une notion capitale sur laquelle nous reviendrons.

Le tissu glandulaire seul est-il en prolifération, des adénomes se formeront, dans le cas contraire, des myomes ; des adénomyomes naîtront du concours des deux activités précédentes. Ce travail s'accomplit ici comme dans l'utérus ou ailleurs sans s'accompagner de réaction inflammatoire ; les tissus néoformés

1. Motz et Perearnau. *Contribution à l'étude de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate.*

més ne présentent pas les signes d'une réaction vive : ni infiltration embryonnaire des travées conjonctives, ni multiplication des couches épithéliales des culs-de-sac, ni desquamation. Il ne s'agit donc point, quoique en pense Ciechanowski (1), d'une perturbation traduisant uniquement les effets d'une inflammation chronique. Cet auteur parle d'agrandissement, de distension passive des culs-de-sac glandulaires préexistants. La présence de hautes cellules cylindriques tapissant les culs-de-sac néoformés milite contre cette manière de voir. Il est vrai cependant que l'inflammation existe, mais dans la prostate vraie, centrifugée autour de la tumeur.

Déformations dues à l'hypertrophie.

Nous n'entreprendrons pas de décrire les infinies variétés des tumeurs prostatiques. Nous signalerons seulement deux points intéressants.

Cause de l'allongement du diamètre antéro-postérieur de l'urètre. — Bridé en avant par ses connexions avec le sphincter lisse et la commissure antérieure, l'urètre est retenu en arrière par la corde ligamenteuse qui accompagne et soutient les canaux éjacu-

1. Ciechanowski, *In Annales des organes génito-urinaires*, p. 567, 1901.

lateurs (1). C'est pourquoi toujours à ce niveau la paroi postérieure forme un cul-de-sac où bute la sonde, où s'amorcent les fausses routes.

Comment se forme le lobe médian ? — La tumeur monte hors de la loge prostatique avec laquelle ses rapports sont ceux d'un œuf avec son coquetier. Elle s'insinue entre les branches du V que forment les bandes musculaires descendant des orifices urétraux au col vésical. C'est pourquoi les pièces enlevées présentent toujours un sillon de séparation entre leur partie sous-vésicale et leur partie intra-vésicale. A ce niveau elles étaient étranglées par la sangle musculaire.

1. J. W. Thomson Walker in *the surgical anatomy of the Operation of suprapubic Prostatectomy*.

CHAPITRE III

Comment on opère par la voie périnéale

(Proust, Gosset, Albarran.)

La position du malade, très spéciale, est dictée par des considérations de deux ordres : le désir de découvrir la plus grande étendue possible de l'organe à atteindre, et le souci de l'aborder avec le moindre danger. Il est évident que si on se contente de relever les jambes du malade, la voie d'accès offerte à l'opérateur aboutira exactement au sommet de la prostate, ce qui est bien le contraire du but cherché ; mais, qu'on relève le sacrum jusqu'à lui donner une direction verticale, qu'on entraîne jusqu'au coccyx la lèvre postérieure de l'incision, c'est par sa face postérieure que la prostate va se présenter, non plus par un bord, mais par une surface, et qui plus est, par une surface dépourvue de vaisseaux. Le modèle

de table ou de pupitre est de peu d'intérêt, pourvu qu'on réalise la mise en bonne situation.

Un cathéter métallique cannelé est confié à un aide qui se garde bien de le relever le long de l'abdomen, mais qui l'abaisse pour appliquer l'urètre postérieur contre le pubis.

Premier temps. — La ligne d'incision décrit une courbe concave en arrière, jetée d'un ischion à l'autre, et passant à deux travers de doigt en avant de l'anus.

Le bistouri traverse la peau, puis le tissu cellulaire sous-cutané. En avançant vers la profondeur, on voit se préciser le dessin des parties dont le relief s'affirmait déjà à la superficie. Le renflement bulbaire, bourrelet médian, apparaît, enveloppé du bulbo-caverneux. Sur ses côtés, on distingue le transverse du périnée. C'est maintenant qu'on doit chercher sa route. L'aide chargé du cathéter, a soin de ne pas faire saillir le bulbe, puisqu'il ne s'agit pas d'ouvrir l'urètre membraneux. La lèvre postérieure de l'incision est réclinée. Il faut voir le bord falciforme des transverses, aller plus loin encore car le bulbe s'hypertrophie chez le vieillard, et on est obligé de passer très en arrière pour le contourner. On sectionne alors le raphé superficiel tendu entre le bulbo-caverneux et la pointe du sphincter anal, et, relevant son fragment antérieur, on décolle sur toute la ligne du bord postérieur des transverses.

Deuxième temps. — Le bulbe est mis à l'abri, récliné contre la lèvre antérieure. Au-dessous de lui, l'opérateur voit de nouveau un bourrelet médian dirigé en arrière, dont il accentue le relief en repoussant la lèvre postérieure. C'est la partie horizontale du rectum fixée en avant par le muscle recto-urétral. De chaque côté, les releveurs sont dégagés avec le doigt, qui, revenant en haut, glisse à droite et à gauche sur le bord postérieur des transverses et vient buter au milieu contre la corde du muscle recto-urétral. Avec précaution, le plus haut possible, cette bride est sectionnée. Le coup de ciseau libérant le rectum est la clef qui ouvre l'espace décollable.

Troisième temps. — Si l'on n'a pas sectionné trop en arrière, le doigt entre franchement. Il se promène librement de droite à gauche entre les deux feuillets dont l'ensemble est connu sous le nom d'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers, et qui résulte de l'accolement d'un ancien repli de la séreuse péritonéale. Les deux index sont introduits dos à dos et étendent la séparation des deux parois de l'espace, sur les parties latérales et dans la profondeur. Une valve courte, étroite, coudée à angle aigu sur son manche repousse la lèvre postérieure de l'incision contre le coccyx. Elle est fixée solidement à l'appareil sur lequel repose le malade : toute la face postérieure de la prostate apparaît. Un écarteur anté-

rieur est utile pour la netteté du champ opératoire. Un modèle bifurqué a l'avantage de repérer le bulbe et l'urètre que margent ses branches.

Quatrième temps. — Le cathéter, guide précieux lorsqu'il est bien manié, indique le bec de la prostate. Le bistouri plonge à travers la glande jusqu'au contact du béniqué : l'urètre prostatique est ouvert. Par cette brèche, tout de suite, on insinue un désenclayeur (1). C'est un instrument qui, fermé, pendant son introduction a la forme générale d'un explorateur métallique de Guyon. Ouvert, une fois en place, il garde ses branches réunies en faisceau jusqu'au point de coudure, à partir duquel elles divergent au nombre de deux ou trois. Ces extrémités écartées reposent sur le pôle supérieur de la tumeur, constituant un bon point d'appui pour l'abaissement. On aborde, d'abord aux ciseaux, puis au doigt, la dissection de la *paroi postérieure de la loge prostatique* (lame génitale, feuillet antérieur du fascia d'accolement), et on la poursuit le plus loin possible.

Cinquième temps. — De la pointe à la base, suivant la ligne médiane, on fend la glande de l'urètre. L'une après l'autre, les deux moitiés, accrochées par des pinces à griffes vont basculer. Albarran facilite cette manœuvre en pratiquant, parallèlement à l'incision médiane et de chaque côté, une autre incision

1. Planche 9.

qui, elle, côtoie l'urètre et dont la profondeur est creusée davantage à mesure qu'avance la mobilisation. Dégagé d'abord sur sa face interne de ses adhérences urétrales, sur sa face externe, de ses adhérences *avec la loge* chaque lobe est libéré.

Soigneusement, après l'ablation des masses glandulaires, on sculpte sur le doigt coiffé de l'urètre les menus fragments encore adhérents. Puis l'index entre dans la vessie, attire le lobe moyen et le bascule hors de la boutonnière urétrale où il est facile de l'exciser.

Sixième temps. — La prostatectomie est terminée. Ce dernier temps doit assurer les suites et la bonne réparation. Un drain à parois fermes est introduit par la brèche urétrale jusque dans la vessie et une sonde en gomme par la verge. Le modèle de cette sonde n'est pas indifférent parce que son changement peut être laborieux. Celle de Proust a l'avantage précieux de pouvoir être remplacée sur mandrin. C'est une béquille dont l'œil s'ouvre, non sur le talon, mais sur la portion coudée et s'allonge en pointe jusqu'au bec. La boutonnière urétrale est suturée en partant de la vessie. On ne laisse libre que l'orifice suffisant pour le drain. Autour de ce dernier on enfonce des mèches. Les lèvres débarrassées de leurs valves se rapprochent. Des points profonds solidarisent le releveur avec les tissus voisins. Quelques crins sont noués aux commissures de la plaie,

puis on applique un pansement méthodique qui comprime entre l'anūs et le coccyx pour refouler le rectum du côté de la vessie.

Les canaux déférents sont sectionnés entre deux ligateurs mesure préventive contre l'orchite.

Soins post-opératoires

Le malade est couché sur un lit dur, le siège soulevé pour assurer la déclivité de la sonde périnéale, Négliger ce détail serait priver l'opéré d'un bénéfice particulier à la méthode, la régularité du drainage.

Des lavages de vessie sont pratiqués deux fois par jour à l'eau nitratée par petits jets. Deux jours après l'opération, on retire les mèches, les pansements sont ensuite quotidiens.

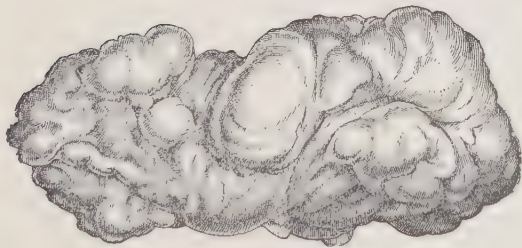
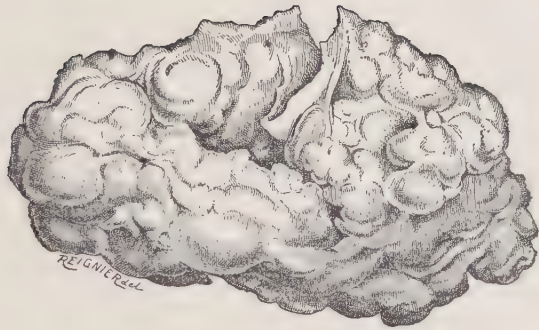
Le huitième jour, on retire le drain périnéal et on place une sonde urétrale qu'on laisse à demeure jusqu'à ce que la plaie soit fermée, c'est-à-dire trois semaines.

Valeur de l'opération (1).

Il suffit de lire l'exposé de l'acte opératoire pour

1. Au 15^e Congrès international de Lisbonne Albarran et

PLANCHE IV



Prostate enlevée par la méthode périnéale
Les deux lobes ont été extirpés séparément après hémisection

se convaincre que la méthode, parfaitement réglée, du reste, permet à tout moment au chirurgien de voir ce qu'il fait. Sans surprises, lentement et sûrement, il chemine à travers les différents plans du périnée, il atteint la prostate qu'il entame, nous le savons, loin des zones dangereuses, et la détache tout entière de sa loge. Les ciseaux et le doigt passent d'abord entre la capsule et le feuillet interne des lames vasculaires, feuillet dont l'intégrité assure celle des vaisseaux. En avant une haie fibro-musculaire trouée de trajets sanguins retient le système prostatourétral et le lie au pubis. Mais les ciseaux rasant la glande laissent les plexus dans le lambeau. Certes l'hémorragie n'est que diminuée, mais est-il un chirurgien qui oserait négliger un procédé sous prétexte que le danger n'en est qu'amoindri et non supprimé ?

Nous irons plus loin : c'est parce qu'une opération fait saigner qu'on a le devoir d'écarter parmi les causes d'hémorragie celles qui sont évitables, et de s'assurer, pour combattre les autres, une voie de tamponnement toujours accessible. Des mèches poussées par la plaie périnéale auront toujours raison des accidents.

Cathelin défendirent la périnéale contre Legueu et Bastos qui soutenaient la sus-pubienne. Albarran démontra *chiffres en mains* la supériorité de la méthode.

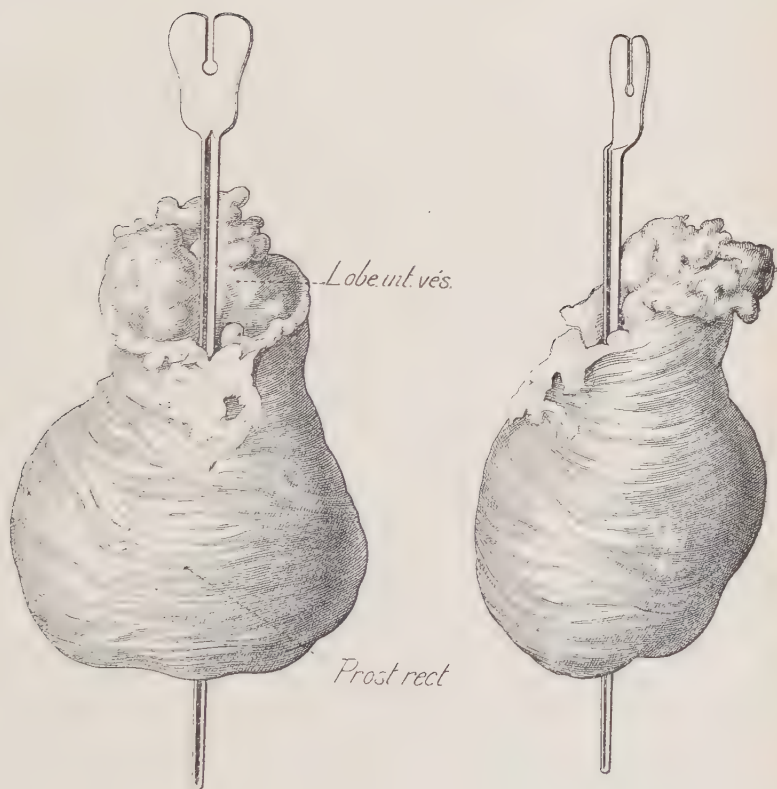
L'opération est donc sûre. Elle est complète : la prostate vraie, sa capsule avec les couches de muscle strié qui y adhèrent, disparaissent. Elle réalise, pour employer la classification de Cathelin (1) une prostatectomie sous-aponévrotique ; le contrôle du microscope auquel nous avons soumis des pièces nous en a fourni la preuve concluante.

Résultats opératoires. — Ils sont excellents. Sur une série de 64 cas, Albarran a compté deux morts dont l'une due à un accident d'anesthésie, l'autre à la continuation d'accidents infectieux qui avaient éclaté bien avant l'intervention. La proportion de 3 o/o est d'une sincérité trop sévère.

Résultats thérapeutiques. — Leur nature découle de celle de l'opération. L'énucléation complète de la glande chargée d'une tumeur entraîne à la fois la disparition des troubles liés à l'hypertrophie et celle des fonctions sécrétoires. Plus de dysurie, plus d'érections congestives, mais aussi plus d'érections nées du désir sexuel, plus d'éjaculations. Considération d'une certaine importance si le sujet est jeune, circonstance rare, elle est bien négligeable lorsque l'opéré est avancé en âge.

Les résultats au point de vue urinaire proprement dit dépendent de l'état de la vessie et des reins avant l'opération.

PLANCHE V



Tumeur enlevée d'après la méthode de Fuller-Freyer
 Malade âgé de 61 ans, Hématuries. Ni fréquence des mictions ni douleurs
 Opération le 15 novembre 1905 par M. Cathelin.
 Suites opératoires. — Orchite le 14 janvier 1906. Miction par la voie naturelle
 à partir du 26 janvier 1906. Guérison

CHAPITRE IV

La prostatectomie transvésicale à l'hôpital Necker

(Füller-Freger.)

Le malade est placé en position déclive, le chirurgien est à sa gauche. L'opération débute par une cystotomie sus-pubienne accompagnée des précautions d'usage. Nous ne nous attarderons pas à décrire ce premier temps, mis au point, réglé et connu. Le seul détail à retenir est qu'on laisse en place dans l'urètre une sonde rigide. L'intérêt commence à l'attaque de la saillie intra-vésicale. Sur le point culminant, on pratique une brèche, aux ciseaux, et non point à l'ongle effilé comme l'indique Freyer (les chirurgiens soucieux de leur asepsie ont les ongles coupés ras). C'est d'ailleurs le seul geste instrumental. Le doigt s'insinue sous la muqueuse, la décolle dans toute l'étendue de la zone d'adhérence et s'enfonce dans un plan de clivage(1), tranchée large,

1. Lorsque l'hypertrophie affecte la forme glandulaire diffuse, le plan de clivage n'existe pas. On peut être entraîné à le rechercher trop en dehors. M. Guyon a insisté dans une récente leçon sur le danger que couraient alors les plexus latéraux.

à parois lisses, qui ceinture la tumeur sur ses faces latérales et postérieure (1). L'index de l'autre main, ganté de caoutchouc, soulève la masse à travers le rectum et la présente au doigt agissant. Aisément isolée des tissus environnants tout le long du fossé (une fois effondré le pont des canaux éjaculateurs) elle est retenue en avant par les formations conjonctivo-musculaires insérées au système commissural antérieur, en dedans, en bas, par ses connexions urétrales. Quelle que soit la ligne de conduite adoptée à ce moment, elle aboutit toujours et fatalement à un arrachement aveugle. L'urètre est plus ou moins intéressé, mais le trousseau uréthro-pubien cède, il le faut bien (2), et *la situation de la solution de continuité échappe au choix du chirurgien*.

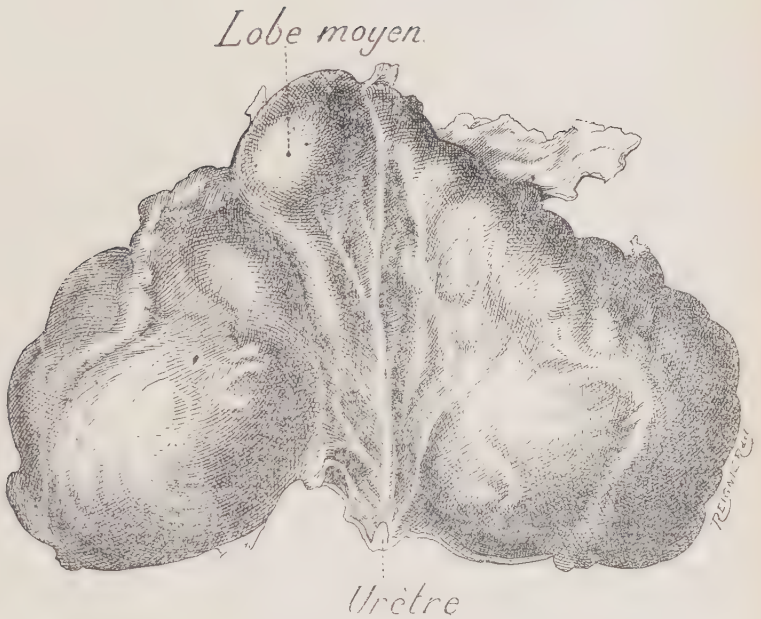
La tumeur est enlevée en un bloc (3), ouvert presque toujours en avant, ce qui donne quelque chance d'intégrité à l'urètre. A peine l'a-t-on rejetée hors du ventre qu'il faut songer au tamponnement. Le temps presse, le sang coule à flots des plexus rétro-pubiens dilacérés au cours du dernier temps. Heureusement un plan résistant est là, le pubis, contre lequel on applique, on presse, on écrase les vaisseaux béants. La compression doit être prolongée, patiente. Quand

1. Planche 3.

2. Planche 2.

3. La tumeur seule, et non la glande.

PLANCHE VI



Tumeur enlevée par la méthode de Füller-Freyer.

Malade âgé de 68 ans, ayant eu une crise de rétention complète.

A son entrée, incontinence et cystite.

Urée 12 gr. 80 en vingt-quatre heures. Déchéance sénile. Opération le 22 février 1906.

Suites opératoires. — Hémorragies modérées pendant deux jours. Parésie intestinale. Une miction par la voie naturelle le 10 mars. A partir du 12, anorexie absolue. Mort le 17 mars, vingt-quatre jours après l'opération.

PROCÈS-VERBAL D'AUTOPSIE (Motz). — *Urètre* : Gros abcès dû à la sonde à demeure. — *Poche prostatique* : Couverte de végétations embryovo-vasculaires. — *Vessie* : Végétations embryovo-vasculaires. — *Uréterites et pyélites* avec légère dilatation. — *Reins* assez bien conservés.

la région est ischémisée, mais pas avant il est bon, ainsi que le recommande Guyon, de toucher la surface cruentée avec un bourdonnet de gaze imbibé d'une solution au chlorure de zinc.

Chacune des lèvres vésicales est fixée à la lèvre correspondante de la plaie musculo-aponévrotique par des catguts. Des tubes-siphons de Guyon-Périer placés dans la vessie sont attachés à la peau par un crin ; autour d'eux sortent les extrémités de mèches dont on a bourré la cavité. On suture la partie supérieure de l'ouverture abdominale. La sonde urétrale reste en place. Après un grand lavage hémostatique au sérum très chaud, le malade est reporté dans son lit.

Soins post-opératoires.

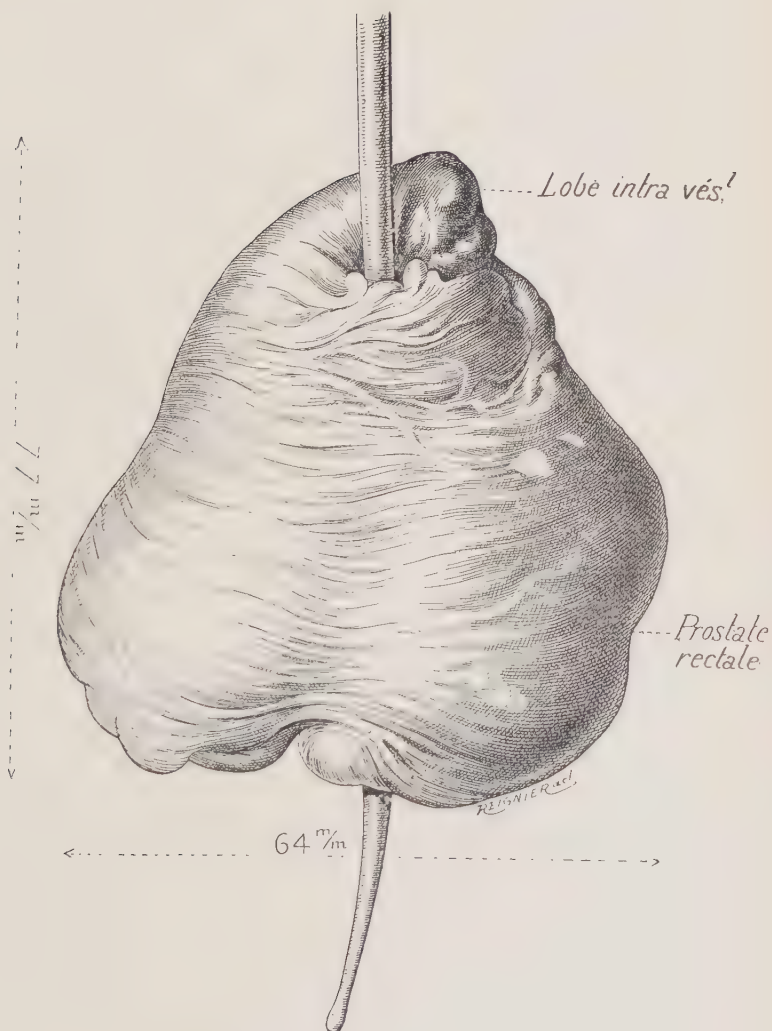
Ils répondent aux indications déjà formulées dans le chapitre précédent, drainage et hémostase. Mais tandis que la méthode périnéale prépare tout pour les satisfaire, celle-ci a tout négligé. La pratique anglaise qui ouvre la vessie par en haut à l'aide d'une grosse cheminée de caoutchouc plantée dans la plaie hypogastrique, n'offre aux liquides une voie d'écoulement qu'après la réplétion préalable du réservoir vésical.

Il est à peine besoin de souligner les inconvénients de cette technique : insupportable incontinence, fréquence des pansements, épuisement du malade dont on est obligé de troubler le repos, eschare fessière menaçante en raison de l'humidité inévitable des éléments qui recouvrent la peau. Ajoutons que beaucoup de sang peut avoir coulé avant qu'on soit averti de l'hémorragie. Ces défauts s'atténuent avec l'abandon de la cheminée. Les tubes-siphons d'une part, la sonde urétrale de l'autre doivent amener à l'urinal les liquides dès leur apparition dans la cavité qu'ils drainent. Mais l'étendue des dégâts, l'anfractuosité de la plaie permettent trop souvent aux caillots de se former et d'oblitérer les drains. Leur fonctionnement dépend d'une surveillance de tous les instants.

En cas d'hémorragie, pour changer le faible tamponnement des mèches laissées en place, il serait nécessaire de rouvrir l'hypogastre. Mieux vaut y renoncer et recourir aux lavages très chauds au sérum physiologique auquel Pastcau a découvert la propriété de dissoudre les caillots.

Trois jours après l'opération, on enlève le double tube et on s'efforce à partir de ce moment d'amener la coaptation des deux lèvres. Dans ce but deux rouleaux de coton sont glissés sous le pansement de chaque côté de l'incision et parallèlement à elle. La pression qu'exerce sur eux le bandage de corps,

PLANCHE VII



Prostate enlevée d'après la méthode de Füller-Freyer, le 28 février 1906. Poids 120 grammes.

Malade rétentionniste, opéré sur sa demande malgré le faible taux d'urée (5 gr. 60 en 24 heures) en raison des très grandes difficultés du cathétérisme.

Suites opératoires. — Hémorragies abondantes et répétées combattues par de grands lavages au sérum très chaud. Congestion pulmonaire. Mort le quatrième jour.

ferme la plaie, dont la surface est débarrassée chaque jour de son exsudat et badigeonnée à la teinture d'iode.

L'infirmier a soin, dès que le malaise chloroformique a cessé, de maintenir l'opéré en position assise autant pour prévenir les complications pulmonaires si terribles chez les vieillards que pour établir une déclivité drainante pendant les premiers jours.

APRÈS LA SUS-PUBIENNE

Maintes fois l'occasion s'est offerte, à plus ou moins brève échéance, de faire un examen nécropsique de l'appareil urinaire de malades opérés par la voie haute (1). Cet avantage un peu spécial de la méthode ne semble pas avoir été goûté ainsi qu'il convenait. Pourtant, en dehors de la question qui se pose à l'esprit lorsqu'une issue fatale coïncide fâcheusement avec une intervention, il en est d'autres auxquelles l'autopsie aurait pu toujours répondre. On s'étonne que le chirurgien auquel ces documents manquent le moins ne paraisse pas se douter des déductions précieuses qu'il en pourrait tirer. Freyer (2), en effet, apporte en ce chapitre une dis-

1. La mortalité est de 11 pour 100.

2. Proust. *Prostatectomie Fiiller-Freyer*, obs. 7, obs. 61 et suivantes.

crétion qui frise la légèreté et ce qu'il dit nous fait regretter ceci, justement, qu'il ne dit pas.

Nous ne connaissons d'ailleurs aucune étude sérieuse en dehors des travaux de l'Ecole française. Cependant, la plus grande partie de ce qui a été écrit est à négliger. Que nous importe la description d'une cavité pyramidale dont la base voisine avec l'ancien col vésical, le sommet avec l'urètre membraneux ? Que nous importent les détails de mensuration concernant ses proportions ou l'étendue des lambeaux d'urètre qu'on y trouve ? Infantillage d'une part, inutile minutie de l'autre. Les rapports de la région sont toujours les mêmes, avec ou sans prostate, quant aux fragments flottant sur les parois, on les trouvera toujours appendus aux zones d'adhérence solide que nous connaissons, et le verumontanum sera présent ou absent suivant que l'opérateur aura tiré moins ou plus fort. C'est pourquoi, abandonnant les patientes et vaines recherches de M. Kuss, nous nous en tiendrons aux examens de Legueu et Chirié (1) de Moscou (2) et de Cathelin (3).

Au bout d'une vingtaine de jours la cicatrisation

1. Legueu et Chirié in *Bulletin de la Société d'anatomie*, octobre 1905.

2. Nous sommes heureux de remercier M. Moscou de Bucarest de nous avoir communiqué avant sa publication un article destiné à la *Presse médicale* du mois de mai.

3. Cathelin, in *Bulletin de la Société d'anatomie*, mars 1906.

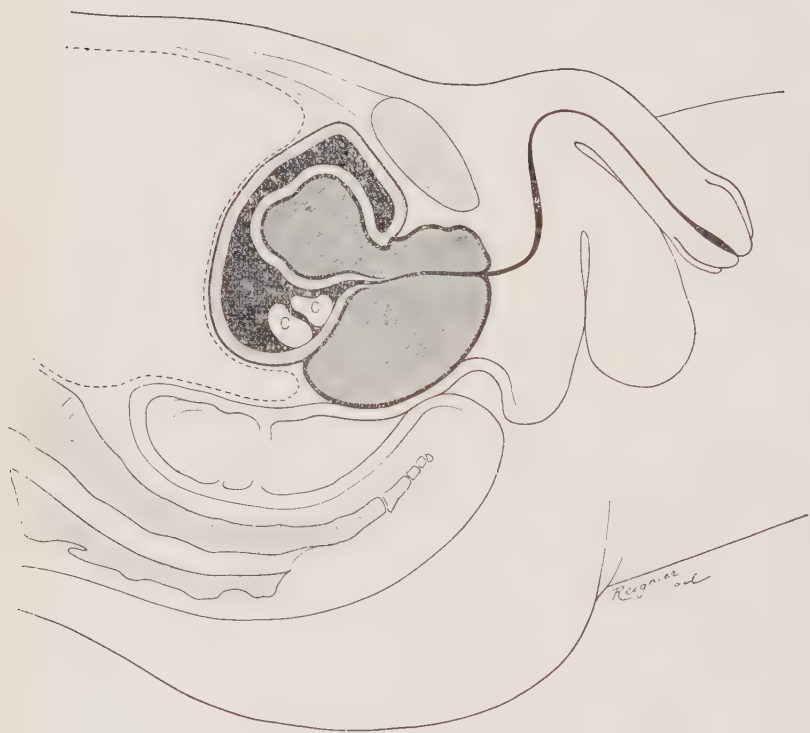
est assez avancée pour que la physionomie des tissus puisse être considérée comme définitive (1). La vessie et la cavité prostatique forment un tout divisé transversalement par un étranglement parfois peu accusé correspondant au col vésical. Le canal commence à la région membraneuse. A l'œil nu, l'identification de ce qui était autrefois distinct, vessie et urètre prostatique, s'impose ; le double réservoir actuel est entièrement recouvert par une même muqueuse. Des coupes pratiquées dans la paroi de la loge montrent qu'elle est formée par du tissu prostatique. Les culs-de-sac sont simples, non ramifiés, entourés de tissu musculaire lisse (stroma). Ils sont tapissés par des cellules cylindriques qui forment deux ou trois couches et leur lumière est remplie de cellules desquamées. Autour d'eux on constate une infiltration embryonnaire. Ce sont des lésions de prostatite.

La surface de la coupe est recouverte du côté urétral par deux ou trois couches de cellules fusiformes au-dessus desquelles on trouve une rangée de cellules polyédriques plates. Ces assises reposent sur du tissu conjonctif lâche où on voit très nettement le point d'implantation des cellules. Cet épithélium, par sa forme, rappelle très nettement celui qui tapisse

1. L'involution de la poche opératoire est très rapide.

la cavité vésicale. A la périphérie de la coupe, on trouve une mince couche de tissu *musculaire strié*, du tissu conjonctif et de nombreux vaisseaux sanguins, larges, gorgés de sang.

PLANCHE VIII



Hypertrophie prostatique avec saillie intra-vésicale, justiciable de l'opération de Cathelin.

(La tumeur s'est développée en avant du col, ce qui est fort rare).

CHAPITRE V

La prostatectomie périnéo-sus-pubienne Méthode combinée (1).

(Cathelin.)

Premier temps. — La vessie est ouverte par l'hypogastre. Les préliminaires sont donc ceux d'une taille. La paroi est ouverte sur une longueur de quatre travers de doigt à partir du pubis. L'incision vésicale ne mesure qu'un centimètre.

Trop petite pour admettre un écarteur ordinaire, elle est maintenue béante à l'aide d'un instrument spécial formé des deux grandes branches de l'écarteur de Farabeuf fixées à une pince, à crémaillère.

1. Voir Cathelin. *Tribune médicale*, 23 septembre 1905. *Congrès d'urologie de Paris*, octobre 1905, p. 427.

M. Cathelin a eu l'amabilité de nous prêter les clichés des différentes figures relatives à son opération.

Il est inutile de fixer la vessie par des fils suspenseurs. Traversant le corridor métallique, le doigt pénétrera sans hésitation dans le réservoir urinaire.

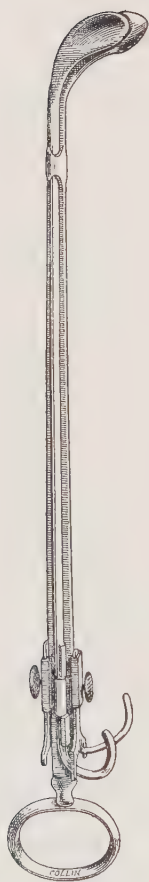
Deuxième temps. — Il reproduit la marche suivie dans le procédé de Proust-Gosset-Albarran, décrit plus haut. Aussi la position sacro-verticale est-elle indispensable. Rappelons rapidement l'incision transversale sus-rectale, la section du raphé superficiel puis celle du petit muscle recto-urétral, clef de l'espace décollable. Ce dernier mouvement, un peu délicat, peut être rendu inoffensif par l'introduction du doigt ganté dans le rectum, moyen recommandé par Doyen dans la colpopérinéorraphie et défendu par Desnos. Cet auteur a montré qu'en coupant ainsi entre son doigt et le béniqué urétral il est impossible de blesser l'ampoule rectale.

Troisième temps. — Le bistouri perce le bec prostatique, traverse sur la canelure du béniqué la paroi de l'urètre à laquelle il fait une courte boutonnière (1 centimètre).

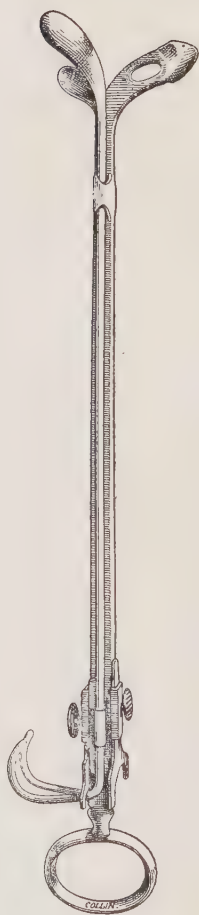
Quatrième temps, Enucléation. — La sonde cannelée amorce le décollement *au-dessous de la capsule*, elle va à la recherche du plan de clivage qui entoure les fonctions adénomateuses.

Mais avant d'aller plus loin un désenclaveur est introduit dans la vessie par la brèche urétrale. L'instrument dont se sert Cathelin a été construit d'après

PLANCHE IX



Désenclaveur de Cathelin
fermé.



Le même, ouvert.

ses indications (1). Il comprend une tige coudée à 90 degrés dont l'extrémité mousse s'applique sur le pubis et deux tiges latérales de même courbure mobiles autour de leur axe longitudinal, qui peuvent décrire un arc de 140 degrés et dont les extrémités en forme de cuiller, à bords arrondis, s'appliquent sur le pôle supérieur des lobes latéraux sans léser la muqueuse vésicale. La fixation des cuillers dans leur position d'écartement est maintenue grâce à deux glissières à cornes analogues à celles du diviseur Cathelin ; deux tenons métalliques limitent leur arc de rotation à 140 degrés. Ainsi armé, on agit sur les portions latérales de la prostate, on a un point d'appui sur la ceinture pelvienne et non sur le lobe médian qui n'est pas d'un développement constant et qui ne saurait constituer un solide soutien. Des pinces à tractions sans griffes, à mors rectangulaires, l'un plein, l'autre fenêtré, saisissent les lobes à leur partie inférieure. La prostate est bien amenée, l'index droit poursuit la libération commencée par la sonde cannelée tandis que l'index gauche, à travers les parois vésicales, contrôle son travail, protège les tissus qu'il ne faut pas blesser (2). Lorsque la décortication inférieure et latérale est achevée, le doigt revient en avant près du corps vésical pour déloger les saillies rétropu-

1. Planche 9.

2. Planche 10.

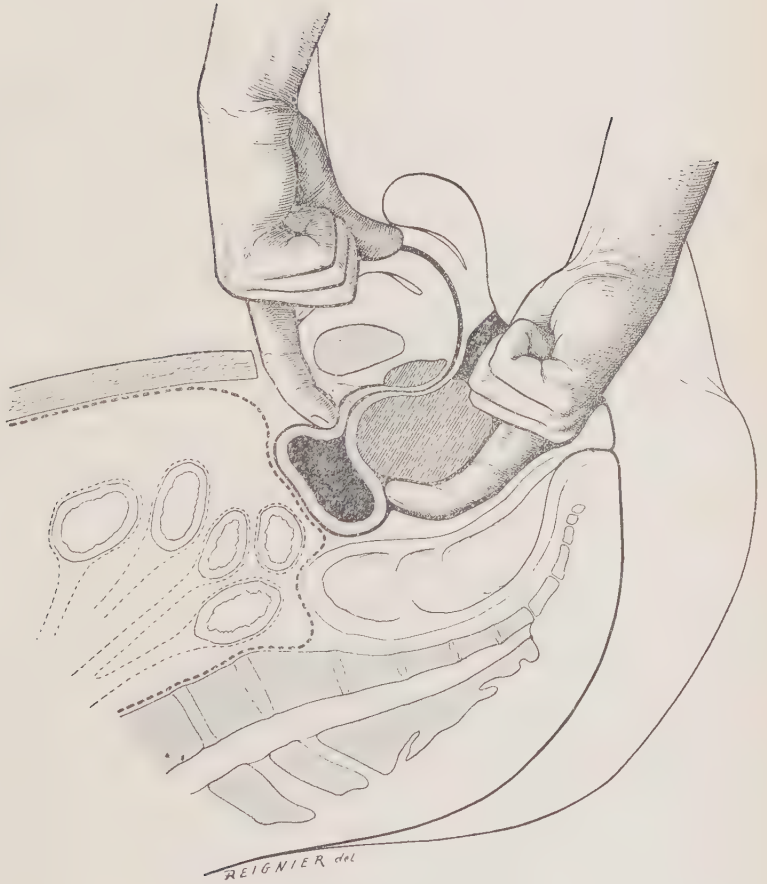
biennes : courbé en crochet il déchire les adhérences. La tumeur est retenue par l'urètre qu'on isole en haut sur quelques millimètres par un clivage sous-muqueux et qu'on sectionne en pleine région prostatique.

L'opération est terminée, le doigt sus-pubien dirigé vers le périnée, sort alors par le tronçon supérieur de l'urètre prostatique et guide le drain qu'on enfonce par le périnée. Bien placé au niveau du col, ce drain est fixé par un fil en U à la lèvre cutanée supérieure. En haut on met un petit drain dans la cavité de Retzius et une mèche à l'entrée de la boutonnière musculaire. Un bon tamponnement est appliqué au périnée. Pas de suture à l'hypogastre ni à l'urètre, quelques points seulement fixent les releveurs. D'autres, aux commissures, rétrécissent la plaie périnéale.

Soins post-opératoires

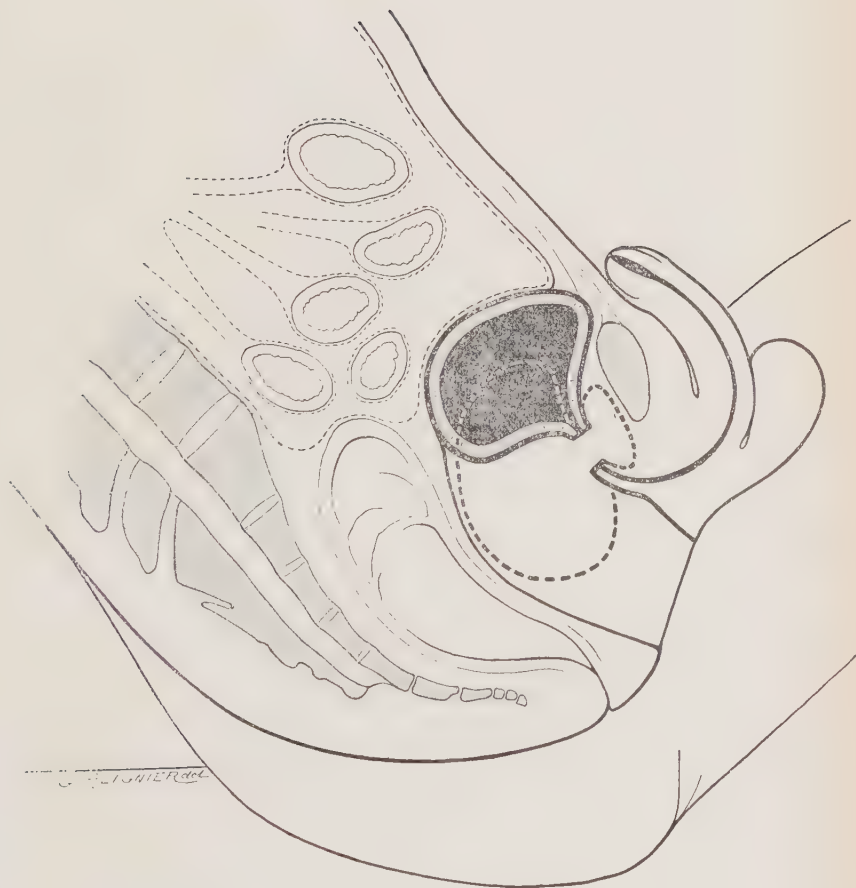
On constipera le malade pendant quatre à cinq jours, le drain sera enlevé le troisième ou cinquième jour et remplacé par une sonde urétrale numéro 19 qu'on guide dans la vessie sur un doigt périnéal. On la laissera de un mois à six semaines. On bourre la plaie à la gaze aseptique. La guérison est complète au bout d'un mois et demi.

PLANCHE X



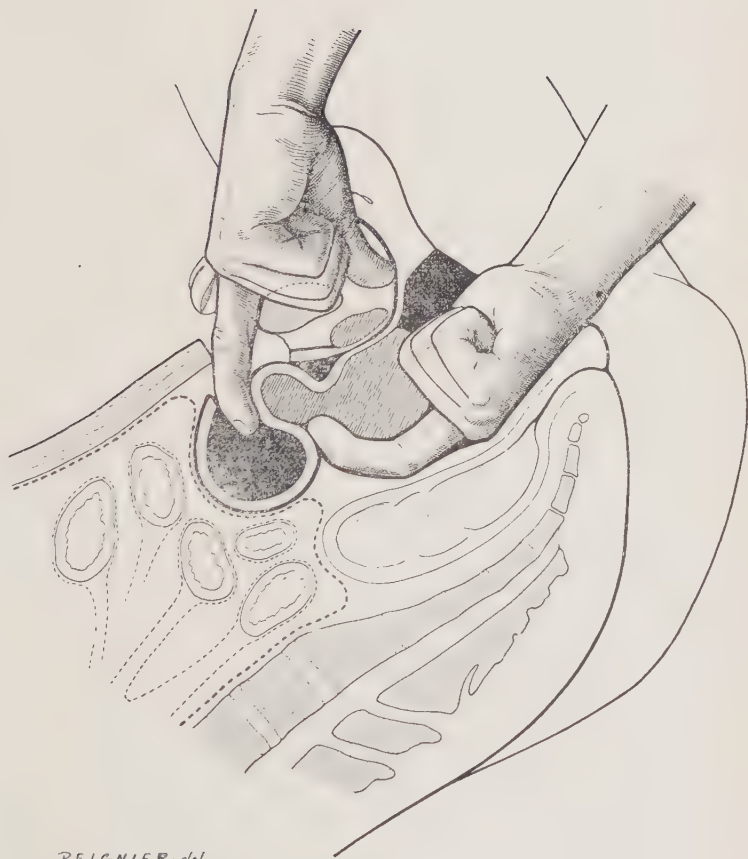
Procédé combiné. Le doigt périnéal clive les masses pathologiques sous contrôle du doigt vésical.

PLANCHE XI



Etat de la région après l'opération. Chute du bas-fond vésical, raccourcissement de la distance qui séparait l'urètre membraneux du col.

PLANCHE XII



REIGNIER. del.

Modification du procédé de Cathelin.

Ici, la vessie n'a pas été ouverte et le contrôle se fait à travers ses parois intactes.

Valeur de l'opération

Comme celle de Füller-Freyer on peut considérer cette opération comme une adénomyomectomie. Il nous semble difficile, quoi qu'en pensent Cathelin et Coupé (1), de faire avec le doigt une décortication sous-capsulaire. La capsule prostatique en effet ne se laisse pas facilement isoler, elle fait corps avec la glande par les nombreuses cloisons conjonctivo-musculaires qui de sa face interne rayonnent vers le centre de l'organe, et cette union est rendue plus intime encore par les réactions inflammatoires plastiques. Les nombreux examens microscopiques que nous avons faits de glandes atteintes d'hypertrophie nous ont montré que le tissu glandulaire centrifugé était toujours le siège d'une prostatite plus ou moins intense. On peut prévoir en outre que dans les formes glandulaires diffuses le clivage sera pénible.

Comme la méthode de Füller-Freyer, celle-ci provoque la déchirure des plexus rétro-pubiens au dernier temps de la libération.

Ces restrictions faites, il faut convenir en toute justice qu'on obtient les mêmes avantages que par la

1. Coupé, *thèse de Paris*, 1905.

voie sus-pubienne et qu'on y ajoute ceux de la périnéale.

On enlève par en bas toute la tumeur en bloc avec *ses trois lobes, y compris l'urètre prostatique* dans un minimum de temps (10 à 12 minutes), l'hémorragie est moins abondante que celle des opérations par voie haute puisqu'il n'y a pas de tranche vésicale saignante, et on n'a pas à la redouter, puisque, différence capitale, on a un champ ouvert à un tamponnement sérieux. En outre et ceci est à considérer, le drainage s'établit de façon parfaite.

Il a été écrit que le procédé combiné manquait d'originalité. Dans un ouvrage qui reproduit fidèlement les travaux de Küss, Boulouneix estime que le procédé mixte est une résurrection des formules passées et qu'il mérite d'être délaissé comme elles.

Cet auteur veut parler évidemment des techniques de Nicoll et d'Alexander. Or la ressemblance n'est qu'apparente ; elle ne résiste pas à un examen sérieux.

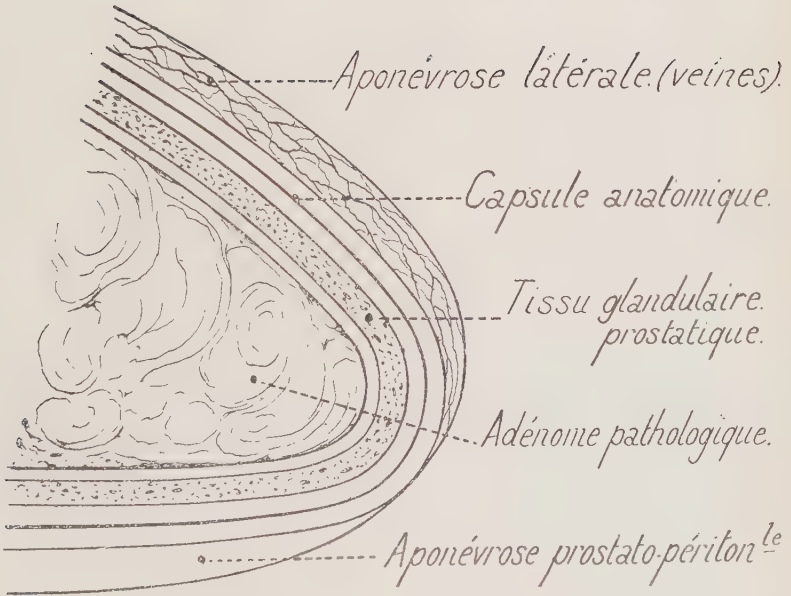
Nicoll et Alexander faisaient une incision sus-pubienne large qui leur servait à introduire les doigts ou la main.

Cathelin fait une étroite boutonnière qui se ferme d'elle-même, sans suture.

Nicoll et Alexander abaissent la prostate avec la main abdominale.

1. Boulouneix, *thèse de Paris*, 1905.

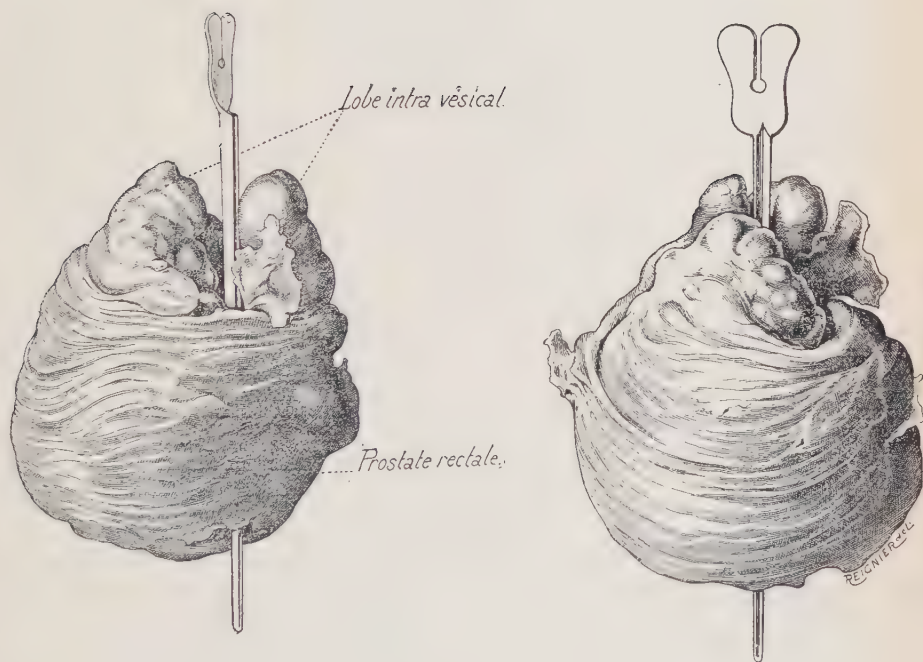
PLANCHE XIII



Le plan de clivage utilisé par le chirurgien s'ouvre entre l'adénome pathologique et le tissu glandulaire prostatique lorsque la méthode est celle de Füller-Freyer ou celle de Cathelin.

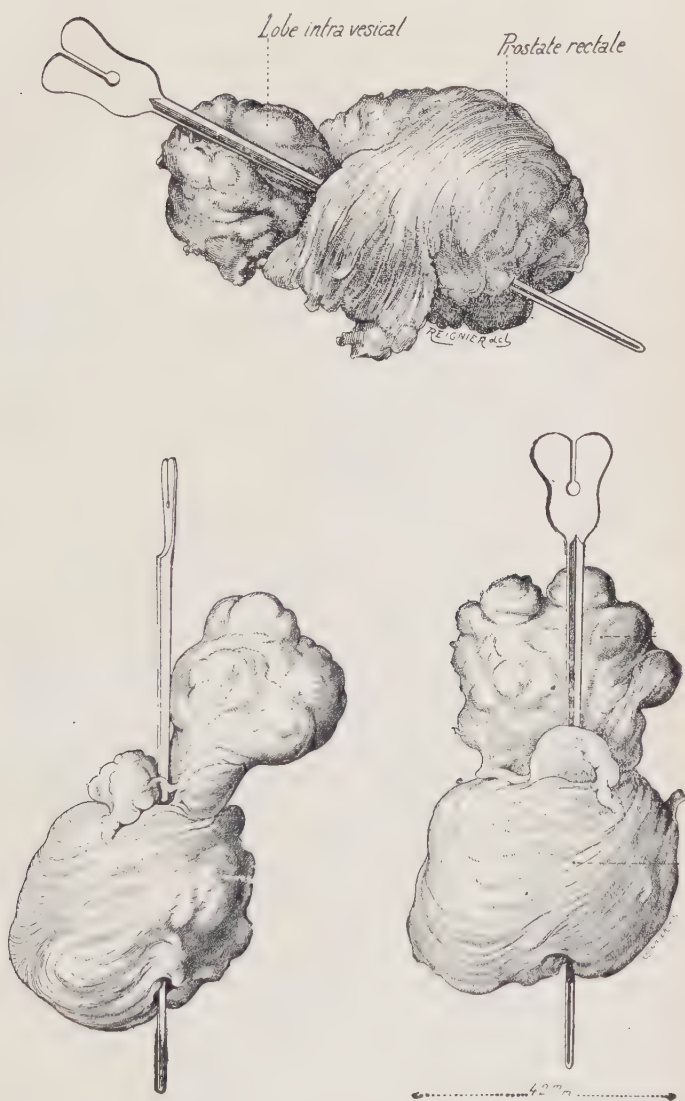
Il s'ouvre entre l'aponévrose et la capsule si on opère suivant le procédé Proust-Gosset-Albarran.

PLANCHE XIV



Tumeur enlevée par le procédé combiné.

PLANCHE XV



Tumeurs enlevées par le procédé combiné.

PLANCHE XVI



Pièce venant d'une opération d'Alexander.
Elle est obtenue par morcellement.

Cathelin l'abaisse avec son désenclaveur, le rôle du doigt est de contrôler.

Nicoll n'enlève qu'une partie des masses hypertrophiées, ce que le chirurgien juge nécessaire pour dégager la vessie de toute compression et ramener le col au niveau du bas-fond.

Alexander enlève la tumeur par fragments.

Cathelin retire la pièce en un bloc.

Nicoll n'ouvre pas l'urètre.

Alexander fend l'urètre membraneux.

Cathelin incise l'urètre prostatique et respecte la région membraneuse.

Il écarte ainsi la cause primordiale des incontinen-ces, c'est une conduite dont Guyon a bien marqué l'importance dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. « Le sphincter de la portion membraneuse établit entre les deux portions de l'urètre une séparation des plus nettes, séparation dont le chirurgien doit tenir un compte absolu » ...

« Le sphincter membraneux perfectionne et complète l'appareil sphinctérien de la vessie, il en est la partie la plus puissante. On peut dire, comme nous l'avons toujours professé dans nos conférences, que le col du réservoir urinaire se prolonge jusqu'au ligament de Carcassonne. A cet égard, comme à tant d'autres, l'urètre postérieur n'est qu'une partie annexe de la vessie. »

De toute cette discussion retenons que la méthode

combinée permet de faire autant que la sus-pubienne, qu'elle est toujours applicable dans les cas d'adénomyomes, et qu'elle facilite beaucoup l'énucléation du lobe moyen lorsque celui-ci pousse une saillie exubérante dans la vessie.

CONCLUSIONS

La prostatectomie sus-pubienne est une opération rapide, facile, périlleuse.

Elle ne possède pas tous les avantages du procédé périnéal simple d'Albarran-Proust-Gosset ou du procédé combiné de Cathelin ; mais elle réunit à elle seule tous les dangers auxquels on est exposé en opérant dans cette région.

Elle est toujours incomplète, parce que le plan de clivage qui s'offre au doigt dans la vessie s'ouvre entre la tumeur et la prostate vraie.

Elle provoque des hémorragies :

Toujours, par la déchirure inévitable du médiastin périnéal antérieur.

Quelquefois, lorsqu'on passe en dehors du plan de clivage, par la blessure des plexus périprostatiques.

Ces hémorragies ne peuvent pas être tamponnées en dehors du moment de l'opération, à moins d'une nouvelle intervention.

Les soins post-opératoires sont délicats, le drainage se fait mal.

Elle doit être exclusivement réservée aux hypertrophies franches, fibro-adénomateuses, chez des sujets jeunes, vigoureux, maigres, ayant une dépu-ration urinaire suffisante, et tenant à conserver l'es-
poir d'une génitalité persistante.

Tous les autres cas sont justiciables de la méthode périnéale simple ou combinée, opération drainante, rendant le tamponnement facile et les hémorragies plus rares.

La prostatectomie combinée de Cathelin s'appli-que spécialement aux prostates avec gros lobe moyen.

Vu : le Président de la thèse,
GUYON

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, BONVALOT-JOUE, 15, rue Racine, Paris.